

# THE LANCET

Septiembre, 2016

[www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)

## Salud Materna

Un resumen ejecutivo de la Serie de *The Lancet*



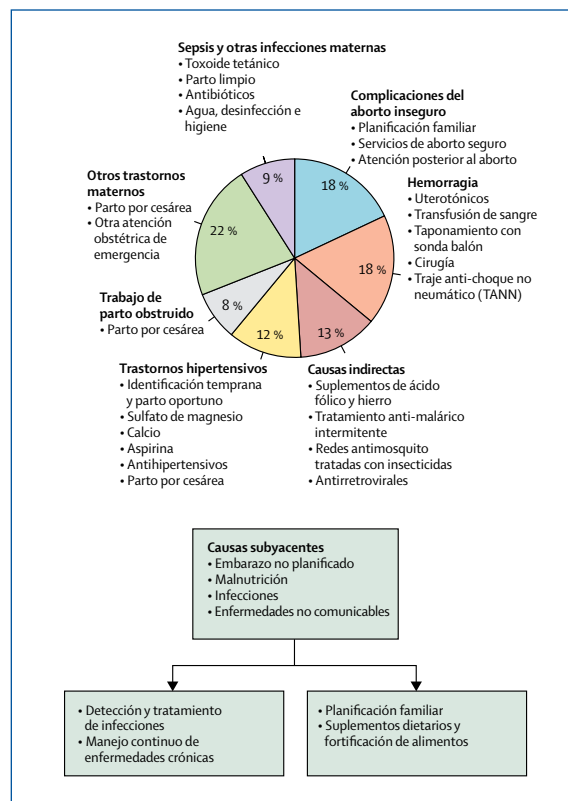
"Toda mujer, todo recién nacido, en todo lugar, tienen derecho a recibir atención de buena calidad".

## Descripción general

En el último cuarto de siglo han habido avances para algunas mujeres y sus hijos. Las muertes maternas a nivel mundial se redujeron a casi la mitad (44 %) desde 1990 y ha aumentado notablemente el uso de servicios de atención en salud materna. Por otro lado, los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la salud materna estuvieron muy lejos de ser alcanzados. Algunos países y grupos de mujeres registraron un limitado o nulo progreso, a pesar de la atención que la política mundial puso sobre la salud materna. En África subsahariana, el riesgo de muerte durante el embarazo o el parto continúa siendo impactante: 1 en 36, comparado con 1 en 4900 que se registra en países de altos ingresos.

Toda mujer, y todo recién nacido, en todo lugar, tienen derecho a recibir atención en salud de buena calidad. Este es el mensaje rector de la Serie *Lancet* 2016 sobre Salud Materna, la primera de su clase en una década de cambio. La Serie arroja luz sobre las causas (ver figura 1), tendencias y perspectivas para la salud materna dentro de un contexto actual regido por una rápida transición demográfica, epidemiológica y socioeconómica. La Serie analiza las experiencias de los últimos 25 años y expone la creciente amenaza al progreso causada por una atención sanitaria de mala calidad y por la inequidad en el acceso a la atención. Desde 1990, la brecha entre el grupo de países con el nivel más alto de mortalidad materna y el grupo con el nivel más bajo ha duplicado su tamaño. Con 210 millones de mujeres que quedan embarazadas anualmente y con el parto de 140 millones de recién nacidos por año, es urgente mejorar la calidad de la atención sanitaria y reducir las disparidades en el acceso a la misma, a fin de asegurar el futuro desarrollo económico y social y apoyar la visión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente*.

El derecho a contar con una atención en salud materna de buena calidad y centrada en la mujer es universal. Esta Serie presenta una perspectiva realmente global, basada en experiencias de todas las regiones del mundo. Entre las mujeres que utilizan servicios de salud, algunas reciben excelente atención, pero muchas experimentan uno de los dos extremos: muy poca atención en salud, muy tarde, o excesiva atención en salud, demasiado pronto. Ambos extremos representan una atención



**Figura 1: Principales causas de muerte materna e intervenciones clave (2013)**  
 Los porcentajes hacen referencia a la proporción de todas las muertes maternas atribuidas a la causa especificada. Fuente: Artículos 1 y 6 de la Serie de Salud Materna

sanitaria materna que no está basada en evidencia científica. Por otro lado, algunas mujeres no reciben ninguna atención sanitaria.

En países con altos y medianos ingresos y en grupos acomodados de países con ingresos bajos existe un creciente riesgo de sobremedicalización de la atención del embarazo y parto normal, en los cuales se utilizan rutinariamente intervenciones no respaldadas por la evidencia. La cantidad de nacimientos en centros de salud continúa aumentando, pero el excesivo uso de intervenciones de salud, o su administración muy anticipada (lo llamaremos “demasiado, muy pronto”) puede generar daños, aumentar los costos sanitarios y contribuir a una cultura de falta de respeto y abuso.

Al mismo tiempo, recibir muy poca atención sanitaria, o muy tardía (llamaremos a esto “muy poco, muy tarde”), pone en peligro la salud de las mujeres y sus niños en zonas rurales escasamente pobladas, en grandes centros urbanos y en entornos marcados por la fragilidad ambiental o política. Asimismo, a pesar de

## Resumen

- En 2015, de cada 100.000 nacidos vivos, murieron 216 mujeres por causas maternas—44 % por debajo de las cifras de 1990, cuando se registraron 385 muertes por cada 100.000 nacidos vivos—pero aún lejos de la reducción de 75% planteada en el MDG 5. El objetivo global para 2030 es de 70 por cada 100 000, el cual requiere una reducción del 68 %.
- En 1990, la razón de mortalidad materna agrupada de los 10 países con los valores más altos fue 100 veces mayor a la razón de mortalidad materna agrupada de los 10 países con valores más bajos. En 2013, la brecha se había duplicado hasta llegar a ser 200 veces mayor.
- La sustancial carga de morbilidad materna se tornó más notoria, con 27 millones de episodios estimados asociados a las cinco principales causas obstétricas directas, sólo en el año 2015.
- Tres cuartas partes de las mujeres actualmente dan a luz con la asistencia de una partera calificada y dos tercios asisten a al menos cuatro consultas de atención prenatal. Casi 53 millones de mujeres, concentradas en los países más pobres o entre las mujeres más pobres dentro de todos los países, no reciben asistencia calificada durante el nacimiento de sus hijos.
- Hay 51 guías clínicas de alta calidad basadas en evidencia disponibles para los servicios de atención materna, las cuales fueron desarrolladas por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de una variedad de países. Ninguna de dichas guías fue desarrollada en países de bajos ingresos. Dentro de dichas guías, se recomienda el uso de 78 intervenciones individuales o grupales, y se desaconseja el uso de 37 intervenciones.
- En siete países de África subsahariana estudiados, cinco tuvieron más de un cuarto de sus nacimientos en centros de salud sin capacidad para brindar atención durante un parto sin complicaciones. En cuatro países, más de dos tercios de los nacimientos en centros de salud ocurrieron en sitios que carecían de tres elementos de infraestructura básica, como el agua, y más de la mitad en sitios que no tenían la capacidad para brindar atención obstétrica de emergencia básica.
- Las estimaciones basadas en modelos señalan que para que en el año 2030 se puedan alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenibles se necesitará sumar 18 millones de trabajadores de la salud adicionales. Los países de África subsahariana con más nacimientos (por ejemplo, la República Democrática del Congo, Tanzania, Kenia y Etiopía) tienen algunas de las densidades más bajas de parteras y obstetras (<2 cada 1000 embarazos);
- Una revisión de 14 países con altos ingresos mostró que el costo promedio de un nacimiento por parto vaginal en los Estados Unidos era siete veces superior al costo en Noruega y cuatro veces superior en caso de partos por cesárea. Los costos para cubrir seguros médicos eran altos, pero la mitad de estos 14 países no tenía sistemas de seguros sin culpa implementados para mitigar los costos y tres de ellos tenían sistemas parciales.

los incrementos en la cobertura de atención sanitaria materna en los últimos 25 años, aproximadamente un cuarto de las embarazadas aún no tiene acceso a una atención sanitaria calificada durante el nacimiento de sus hijos.

Las oportunidades para el progreso futuro en mejorar la calidad de la atención y reducir las inequidades no sólo radican en una mayor adopción de intervenciones y modelos de atención efectivos para la salud materna, sino también en desarrollos más amplios. Dichos desarrollos incluyen el incremento del espacio fiscal para inversiones de salud en países de bajos y medianos ingresos, la urbanización (ver figura 2), la cobertura universal de salud y nuevos abordajes para ampliar el alcance y la efectividad de la atención a través de la economía del comportamiento, la salud móvil y la revolución en datos (“Big Data”). También se vislumbran en el horizonte desafíos que pueden impedir o revertir el progreso, tales como que la salud materna deje de ser foco de atención, gobernanzas globales y nacionales débiles, y a crisis naturales y humanas, como el cambio climático, epidemias, conflictos y migraciones masivas.

Para lograr el cambio, la Serie concluye con una agenda de cinco puntos: atención de buena calidad para toda mujer y todo recién nacido, en todo lugar;

equidad a través de Cobertura Universal de Salud; sistemas de salud fuertes, con capacidad de adaptación y de respuesta; financiamiento sostenible para la salud materna y neonatal; y mejor evidencia científica, abogacía y responsabilidad para el progreso.

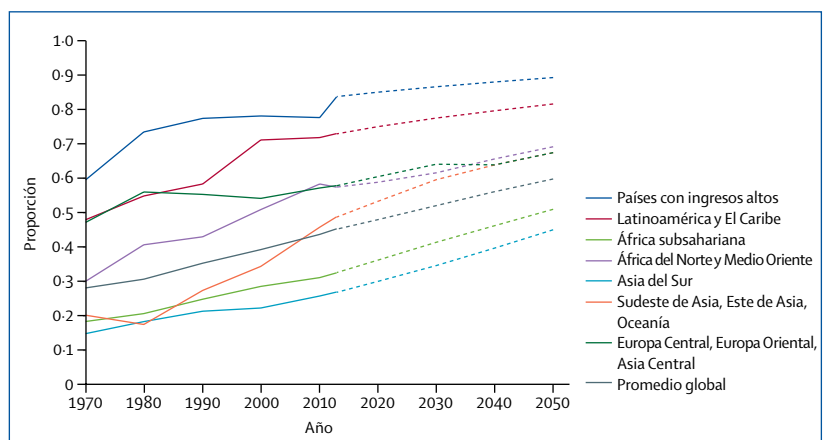


Figura 2: Proyecciones de nacimientos urbanos y rurales

Proporción de nacimientos en zonas urbanas por región, desde 1970 hasta 2050. Para calcular el porcentaje de nacimientos que ocurren en áreas urbanas desde 1970 hasta 2050 por región, utilizamos las tasas de natalidad urbanas y rurales crudas de los Anuarios Demográficos de las Naciones Unidas (NU) desde 1970 hasta 2013, datos de población de las Perspectivas de Urbanización Mundial de las NU de 2014 y la tasa de natalidad total cruda de las Perspectivas de la Población Mundial de las NU de 2012. Utilizamos valores promedio de las tasas de natalidad urbanas y rurales crudas disponibles por país dentro de la región como una aproximación para toda la región. Fuente: Artículo 5 de la Serie de Salud Materna

## ¿A qué se debe que se amplíen las inequidades en salud materna?

Debido a que cada vez más mujeres sobreviven al nacimiento de sus hijos, la carga global de una mala salud materna está cambiando de las muertes evitables a una cada vez más amplia gama de morbilidades maternas. Cuatro transiciones han contribuido a aumentar la diversidad y la divergencia de la carga de salud materna pobre en todo el mundo.

**Demográfica:** A pesar de la reducción en las tasas de natalidad y mortalidad, la joven estructura etaria de la población mundial y la alta necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos continúan impulsando el crecimiento de la población, lo cual impone un estrés particular en aquellos sistemas de salud frágiles.

**Epidemiológica:** Los países con bajos y medianos ingresos están siguiendo los patrones de los países de ingresos altos, los cuales tiene una incidencia cada vez mayor de diabetes, enfermedad cardíaca, hipertensión y otras afecciones crónicas. A medida que las causas directas de la mortalidad materna se reducen, las causas indirectas de mortalidad y morbilidad maternas se vuelven más prominentes, incluso las relacionadas con la salud mental.

**Socioeconómica:** A medida que las personas y comunidades se vuelven más prósperas, se producen cambios en estilos de vida y comportamiento. Esto incluye mujeres que dan a luz por primera vez a mayor edad; el incremento en obesidad y enfermedades no comunicables; y mayores aspiraciones a utilizar servicios de salud y tecnologías de sectores formales, y a recibir atención centrada en la mujer.

**Ambiental:** El cambio climático, la degradación ambiental y los desastres naturales en la salud humana impactan en toda la población, pero con frecuencia las más afectadas por estos cambios y shocks son las mujeres. Por ejemplo, si las mujeres necesitan pasar más tiempo buscando alimentos y agua, tendrán menos tiempo para dedicar a su atención y la de sus hijos. Durante el embarazo, las mujeres también se enfrentan con otros riesgos, como infecciones transmitidas por vectores o relacionadas con la higiene, tales como la malaria, el Zika, el cólera y el Ébola.

## La atención sanitaria de mala calidad está presente en todos los países

Entre las mujeres que utilizan servicios de salud, algunas reciben excelente cuidado, pero muchas otras se ven inmersas en uno de estos dos extremos: “muy poco, muy tarde”, en cuyo caso reciben atención insuficiente o inoportuna; o “demasiado, muy pronto”, caracterizado por la sobremedicalización y el uso excesivo de intervenciones innecesarias. Ambos extremos representan una atención en salud materna que no está basada en evidencia científica. Otras mujeres directamente no reciben ninguna atención en salud.

Cada vez más países de bajos y medianos ingresos caen en estos dos extremos de la atención en salud materna, con la población más vulnerable recibiendo “muy poco, muy tarde” y los más ricos, o los que se atienden en centros privados, recibiendo “demasiado, muy pronto”.

En efecto, el acceso a una atención sanitaria basada en evidencias continúa siendo inadecuado en todos los entornos.

Ya no resulta aceptable simplemente alentar a las mujeres a dar a luz en centros de salud, varios de los cuales continúan careciendo de atención obstétrica de emergencia, suministro de agua confiable, e incluso de las capacidades mínimas para atender un parto sin complicaciones y brindar un cuidado de rutina respetuoso y basado en evidencia.

Para contrarrestar ambos extremos, se necesitan estrategias adecuadas a cada contexto y guías clínicas. Las configuraciones que han mejorado los resultados en las mujeres y sus recién nacidos en algunos contextos incluyen una atención sanitaria materna guiada

por parteras; asegurar que los centros de salud sean capaces de brindar cuidados de rutina para la atención del parto basados en evidencia y atención obstétrica de emergencia básica; innovaciones en los servicios médicos de emergencia; un mayor uso de hogares maternos de espera y la adopción de unidades obstétricas guiadas por parteras ubicadas dentro o cerca a los hospitales (ver figura 3).

La carga de la mala salud materna—mortalidad y morbilidad severa—se concentra entre las poblaciones vulnerables, especialmente en aquellas que enfrentan discriminación de género y de otros tipos, en poblaciones que tienen restricciones financieras, en aquellas que están afectadas por crisis humanitarias o que viven en estados frágiles o zonas propensas a desastres naturales. Estas mujeres a menudo tienen alta fertilidad, enfrentan embarazos con mayores riesgos y dificultades para acceder a servicios de calidad y para reivindicar sus derechos.

Mujeres vulnerables hay en todos los países, incluso en los de altos ingresos. Por ejemplo, las afroamericanas en la ciudad de Nueva York tienen el doble de probabilidades de morir durante el nacimiento de sus hijos que las mujeres que viven en la región en desarrollo de Asia Oriental.

#### Muy poco, muy tarde

- Falta de guías clínicas basadas en evidencia
- Falta de equipamiento, suministros y medicamentos
- Cantidades inadecuadas de proveedores calificados
- Mujeres que dan a luz solas
- Falta de servicios médicos de emergencia y demora en las derivaciones entre centros de salud

#### Demasiado, muy pronto

- Cesáreas innecesarias
- Parto inducido de forma rutinaria
- Monitoreo fetal electrónico continuo de rutina
- Episiotomía rutinaria
- Antibióticos de rutina para el posparto

Los sistemas de salud de países con altos ingresos enfrentan desafíos a la hora de apoyar la atención de buena calidad y centrada en la mujer. Los costos de los seguros de responsabilidad médica a menudo son muy altos, el miedo al litigio es común, los sistemas de datos y vigilancia son débiles y la falta de recursos humanos es habitual. La atención en maternidades brindada por equipos y una atención brindada por parteras más frecuente pueden resultar efectivas a la hora de abordar la falta de personal, las excesivas intervenciones y los altos costos sanitarios.

## Impactos externos e innovaciones en el sistema de salud

Que cada mujer reciba la atención sanitaria de buena calidad que merece depende de los recursos y de las condiciones de su comunidad y país. Tales condiciones incluyen el crecimiento económico en los países con bajos y medianos ingresos, la urbanización y los impactos en el sistema de salud debidos a epidemias de enfermedades, climas extremos y conflictos. Al mismo tiempo, innovaciones en tecnología y en políticas de salud, incluyendo la Cobertura Universal de Salud, la salud móvil e intervenciones en economía del comportamiento, están generando nuevos abordajes para mejorar la salud de las mujeres y los recién nacidos en todos los entornos económicos.

Lograr un sólido crecimiento anual del producto interior bruto en las próximas dos décadas, junto con la posibilidad de alcanzar nuevos ingresos a través de

impuestos al tabaco y al alcohol, impuestos al turismo y la reducción de los subsidios a los combustibles fósiles, pueden ampliar sustancialmente el espacio fiscal doméstico y dejar lugar para inversiones en salud y otras inversiones sociales. Debido al estancamiento global de los niveles de asistencia al desarrollo para la

#### Mujeres que suelen no recibir atención sanitaria de buena calidad

- Adolescentes y mujeres solteras
- Inmigrantes
- Mujeres refugiadas y migrantes internas
- Mujeres indigentes y minorías étnicas o religiosas
- Mujeres que viven en la pobreza
- Mujeres que viven en asentamientos urbanos informales
- Mujeres que viven en estados frágiles
- Mujeres afectadas por crisis humanitarias

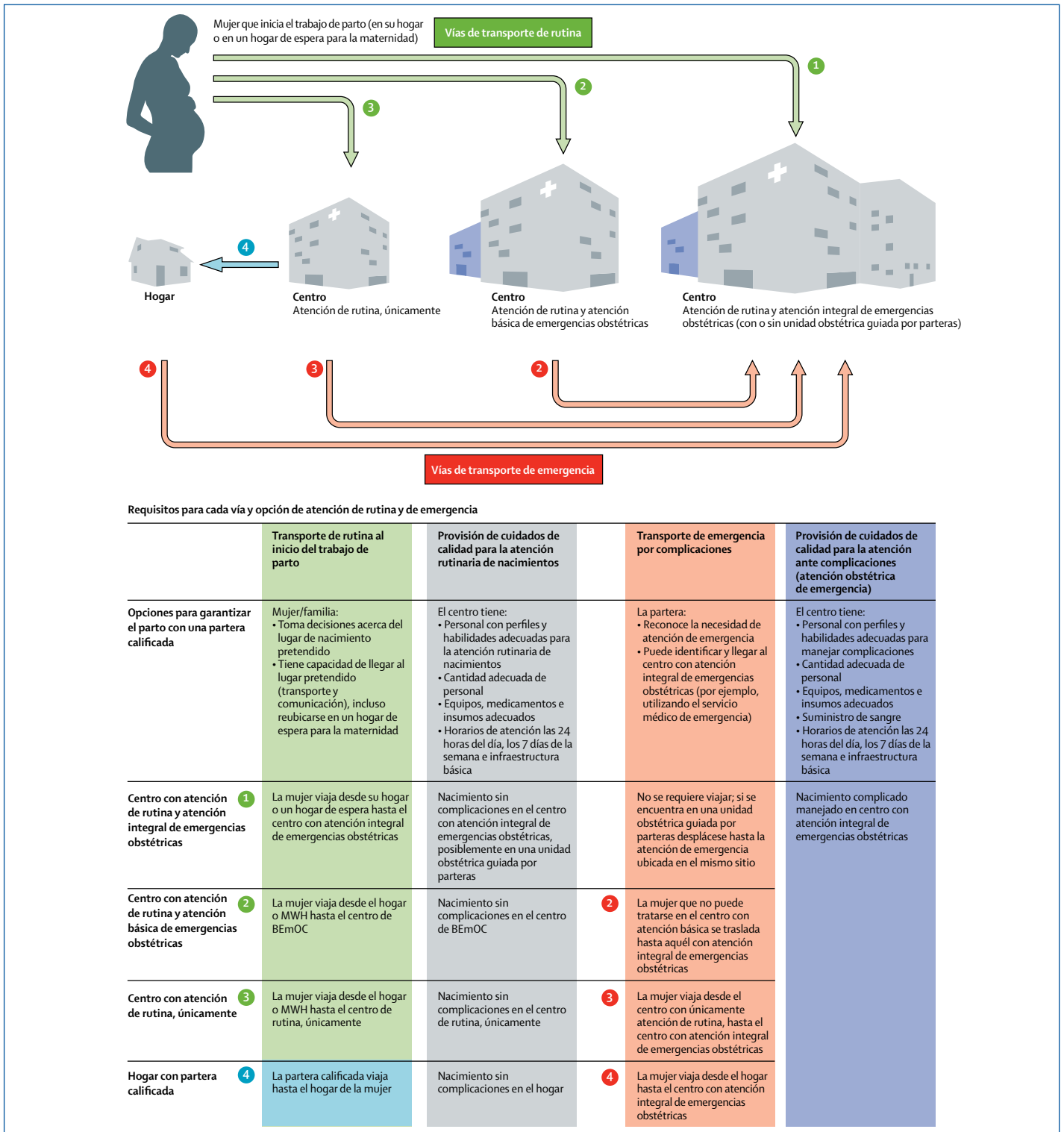


Figura 3: Marco conceptual de las vías que conducen a opciones de adecuadas para la atención durante el nacimiento. Atención calificada para nacimientos sin complicaciones y acceso a la atención obstétrica de emergencia para manejar complicaciones, además los requisitos para cada vía y opción a fin de alcanzar el éxito. Fuente: Artículo 3 de la Serie de Salud Materna

salud, incrementar la inversión doméstica en salud tiene sentido no sólo para el desarrollo social sino también para el crecimiento económico. Prácticamente un cuarto del crecimiento en los niveles de ingreso nacional de los países con ingresos bajos y medianos entre el año 2000 y 2011 provino del valor de los años de vida adicional ganados, o en otras palabras, de una mayor expectativa de vida. Eso hace que la salud sea una inversión excepcionalmente buena.

El nuevo escenario socio-político en la década posterior a los Objetivos de Desarrollo del Milenio—junto a los cambios en las expectativas de las mujeres y su acceso a la tecnología y a la información—requiere de un cambio fundamental en la estrategia para mejorar la salud materna globalmente. Por ejemplo, a medida que el acceso a los servicios de salud se expande debido a la urbanización y a la mejor disponibilidad de información de salud, el énfasis debe pasar de lograr que las mujeres concurren a los centros de salud, a mejorar la calidad y la oportunidad de la atención sanitaria en los centros.



#### Llamado a la acción: Toda mujer, todo recién nacido, en todo lugar, tienen derecho a una atención de buena calidad

La salud materna adecuada es un derecho humano, así como una condición y un determinante de la salud del recién nacido, del niño y del adolescente, y en forma más general, del desarrollo sostenible. Entonces, ¿qué pasos deben dar las comunidades locales, nacionales y globales para alcanzar la visión de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de reducir las muertes maternas a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para el año 2030?

La Serie *Lancet* 2016 sobre Salud Materna propone a todas las partes interesadas el siguiente plan de acción, y trabajar conjuntamente para concretar la visión de la *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente*.

- **Calidad:** Los asociados deben priorizar los servicios de salud materna de buena calidad y basados en evidencias, que respondan a las necesidades locales y que sean capaces de hacer frente a los desafíos emergentes. Es esencial que los servicios de salud materna comiencen con la prevención (por ejemplo, planificación familiar y aborto seguro donde sea legal), se adecuen al contexto, estén interconectados a lo largo de toda la cadena de atención y sean capaces de abordar la creciente diversidad de la carga de mala salud materna.
- **Equidad:** Los asociados deben promover la equidad, por ejemplo, a través de inversiones en coberturas universales de salud—un mecanismo para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible—que deberá incluir un fuerte núcleo de servicios de salud materna que llegue a cada mujer, en cualquier lugar del mundo, con una atención de buena calidad, sin que ello genere dificultades financieras ni empuje a las familias a la pobreza.
- **Sistemas de salud:** Los asociados deben invertir en fortalecer los sistemas de salud como un todo, incluyendo los sistemas de datos y vigilancia, la capacidad de los centros de salud, servicios médicos de emergencia vinculados y una fuerza de trabajo de salud calificada, de manera que puedan responder a los cambiantes contextos de vida de las mujeres, y que sean resistentes ante los impactos y las amenazas ambientales que sufre la salud materna y del recién nacido.
- **Financiamiento:** Es necesario un financiamiento sostenible en la salud materna para mantener las conquistas logradas en salud materna y para acelerar su progreso. Con el reciente crecimiento económico de los países con bajos y medianos ingresos, argumentar a favor de invertir en la salud como catalizadora de desarrollo social y crecimiento económico, es crucial para asegurar la atención y el apoyo políticos.
- **Mejor evidencia:** Para mejorar la calidad de atención localmente allí donde las mujeres reciben atención, es esencial contar con mejor evidencia local proveniente de la auditoría de rutina y de sistemas de manejo de información en salud fortalecidos. Se necesitan indicadores más inteligentes que permitan medir la verdadera carga de salud materna pobre, informar la atención y la política en salud materna basada en evidencia y mejorar la habilidad de los sistemas de salud para brindar atención en salud materna de buena calidad para todos. Una mejor evidencia proveniente de la investigación también ayudará a construir una plataforma sobre la cual todas las partes interesadas—locales e internacionales, públicas y privadas—puedan abogar por la movilización de recursos, aprender de los éxitos y fracasos de los programas, fortalecer las leyes y políticas, y promover la responsabilidad mutua.

Para obtener más información sobre la Serie, consulte [www.thelancet.com/series/maternal-health-2016](http://www.thelancet.com/series/maternal-health-2016) [www.maternalhealthseries.org](http://www.maternalhealthseries.org)

## Artículos de la Serie

1. Graham W, Woodd S, Byass P, et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet* 2016; publicado online el Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31533-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31533-1)
2. Miller S, Abalos E, Chamillard M, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet* 2016; publicado online el Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
3. Campbell OMR, Calvert C, Testa A, et al. The scale, scope, coverage, and capability of childbirth care. *Lancet* 2016; publicado online el Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31528-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31528-8)
4. Shaw D, Guise J-M, Shah N, et al. Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? *Lancet* 2016; publicado online el Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31527-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31527-6)
5. Kruk ME, Kujawski S, Moyer CA, et al. Next generation maternal health: external shocks and health-system innovations. *Lancet* 2016; publicado online el Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31395-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31395-2)
6. Koblinsky M, Moyer CA, Calvert C, et al. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *Lancet* 2016; publicado online el Sept 15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31333-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31333-2)

## Agradecimientos

Grupo de autores de la Serie *Lancet* de Salud Materna: Oona M R Campbell, Wendy Graham, Fernando Althabe, Marge Koblinsky, Margaret E Kruk, Suellen Miller y Dorothy Shaw.

Grupo de dirección ejecutiva de la Serie *Lancet* de Salud Materna: Fernando Althabe (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria); Dipa Nag Chowdhury (The MacArthur Foundation, India); France Donnay (Tulane School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University); Lynn Freedman (Averting Maternal Death and Disability Program, Mailman School of Public Health, Columbia University); Stephen Hodgins (Save the Children); Marge Koblinsky (USAID); Jerker Liljestrand (The Bill & Melinda Gates Foundation); Lori McDougall (Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, World Health Organization) y Sundari Ravindran T.K. (Sree Chitra Tirunal Institute for Medical Sciences and Technology).

Equipo de redacción del resumen ejecutivo: Lori McDougall, Oona M R Campbell y Wendy Graham. Agradecemos al grupo de autores de la serie, Audrey Ceschia, Richard Horton, Adrienne Testa y Justine Marshall, por su revisión editorial.

Agradecemos al staff del IECS por la traducción y a Carolina Ortega por la corrección de las pruebas.

El financiamiento de esta publicación fue proporcionado por la Bill & Melinda Gates Foundation y la MacArthur Foundation a través de donaciones realizadas a la London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Derechos de autor de las fotografías:

Tapa:

Pieter ten Hoopen/London School of Hygiene & Tropical Medicine/Nigeria

Página 7:

Pieter ten Hoopen/London School of Hygiene & Tropical Medicine/India

Para acceder a los recursos de la Serie, visite el sitio web:

[www.maternalhealthseries.org](http://www.maternalhealthseries.org)

Siga el debate en: #MaternalHealthNow

## Grupo de estudio



## Grupo de Dirección ejecutiva

